

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1895, à 1 heure*

PAR

HENRI VANUXCEM

Né à Steenwerck (Nord), le 11 mars 1869

---

ÉTUDE

SUR LE

**RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE CHEZ L'ENFANT**

---

*Président :* M. STRAUS.

*Juges :* MM. { FOURNIER, professeur.  
BLANCHARD et CHAUFFARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

---

1895

394



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1895, à 1 heure*

PAR

HENRI VANUXCEM

Né à Steenwerck (Nord), le 11 mars 1869

---

ÉTUDE

SUR LE

**RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE CHEZ L'ENFANT**

---

*Président :* M. STRAUS.

*Juges :* MM. { FOURNIER, professeur.  
BLANCHARD et CHAUFFARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

---

1895

394

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs.</b>                                            | MM.            |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHEL.    |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale.                                   | GAUTIER.       |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie.                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale.                             | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBÈNE.    |
|                                                                | STRAUS.        |
| Clinique médicale.                                             | G. SÉE.        |
|                                                                | POTAIN.        |
|                                                                | JACCOUD.       |
|                                                                | HAYEM.         |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale.                                         | DUPLAY.        |
|                                                                | LE DENTU.      |
|                                                                | TILLAUX.       |
|                                                                | BERGER.        |
| Clinique des malad. des voies urinaires.                       | GUYON.         |
| Clinique ophtalmologique.                                      | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.                                       | TARNIER.       |
|                                                                | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

## Agrégés en exercice.

|              |              |                                             |            |
|--------------|--------------|---------------------------------------------|------------|
| MM. ALBARRAN | MM. DELBERT. | MM. MARIE                                   | MM. RICARD |
| ANDRÉ        | FAUCONNIER   | MAYGRIER                                    | ROGER      |
| BALLET       | GAUCHER      | MENETRIER                                   | SCHWARTZ   |
| BAR          | GILBERT      | NELATION                                    | SEBILEAU   |
| BRISAUD      | GLEYS        | NETTER                                      | TUFFIER    |
| BRUN         | HEIM         | POIRIER, chef<br>des travaux<br>anatomiques | VARNIER    |
| CHANTEMESSE  | JALAGUIER    |                                             | VILLEJAN   |
| CHARRIN.     | LEJARS       | QUENU                                       | WEISS      |
| CHAUFFARD    | LETULLE      | REITTERER                                   |            |
| DEJERINE     | MARFAN       |                                             |            |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MON BON FRÈRE

Dévouement et affection éternels

---

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

Témoignage de vive affection

A MES PARENTS

A MES AMIS

---

A MES MAITRES DE LILLE

---

A MES MAITRES DE PARIS

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Chevalier de la Légion d'Honneur  
Membre de l'Académie de médecine,  
Médecin des hôpitaux.

# I

## INTRODUCTION

Les vulvites et les vulvo-vaginites des petites filles, sont fréquemment causées par le gonocoque de Neisser, qu'on retrouve tant dans les mucosités de la vulve que dans celles de l'urèthre. C'est ainsi que Spaeth, sur 21 cas de vulvite chez des fillettes, a pu noter 14 fois la présence des gonocoques de Neisser.

Sur ces 14 cas de vulvite spécifique, on retrouve 11 fois chez les mères des enfants, des traces de blennorrhagie. L'auteur insiste spécialement sur ce fait, que chez tous les malades présentant des gonocoques de Neisser, l'urèthre était malade, tandis que dans les sept autres cas le processus inflammatoire avait complètement épargné l'urèthre. Suivant Spaeth, cette particularité anatomique, jointe au résultat fourni par l'examen bac-

gnées, et qui constituent la presque totalité de cette thèse.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous saisissons avec empressement l'occasion qui se présente à nous et que l'usage a consacrée, d'adresser ici nos remerciements à tous ceux qui nous ont honoré de leur bienveillance, à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Lille et de Paris, qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs leçons ; en un mot, à tous ceux qui nous ont facilité l'étude de la médecine.

Que Monsieur le Professeur Straus veuille bien nous permettre de lui offrir nos remerciements sincères pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

---

ÉTUDE

SUR LE

**RHUMATISME    BLENNORRHAGIQUE**

**CHEZ L'ENFANT**

---

AVANT PROPOS

Cet ouvrage marque le terme de nos études à la Faculté de médecine de Paris. Il a pour base une observation que nous avons pu recueillir au cours de nos études médicales.

La rareté du fait qu'il nous a été donné de constater, et de suivre pendant son évolution, nous a décidé à en faire le point de départ de recherches que nous avons consi-

tériologique, montre nettement qu'il y a identité entre la blennorrhagie des adultes de la vulvite constatée chez ces petites filles.

Pour ce qui concerne le traitement, l'auteur fait observer que tous les cas ont été d'une ténacité remarquable. En général, la durée du traitement a été de trois à quatre mois.

Cette identité bactériologique, les analogies dans les localisations de l'inflammation expliquent que cette vulvite des petites filles puisse, comme chez les grandes personnes, se compliquer d'artropathies.

Mais le gonocoque, chez l'enfant, a une localisation plus fréquente et plus grave ; nous voulons parler de la conjonctive purulente. On a signalé, chez l'adulte, des artropathies consécutives à cette inflammation de la muqueuse conjonctivale ; il était logique de songer que chez l'enfant la même complication pouvait se montrer. C'est ce que les faits sont venus démontrer et les observations sont aujourd'hui assez nombreuses.

Le rhumatisme blennorrhagique peut donc s'observer chez l'enfant au cours d'une vulvo-vaginite, d'une uréthrite, comme nous en rapporterons un exemple, le seul, croyons-nous, qui

existe dans la science, chez un petit garçon ; enfin de la conjonctive purulente.

Ce sujet a été récemment traité par M. Vignaudon (Thèse de Paris, 1893) ; mais, depuis, de nouvelles observations ont été publiées, la question a fait quelques pas en avant. Aussi, cherchons-nous à insister sur les points que cet auteur a passés sous silence et sur ceux que des documents plus récents nous permettent de traiter d'une façon plus complète.



## II

### HISTORIQUE

La blennorrhagie chez l'enfant est connue depuis les temps les plus reculés ; il est donc fort intéressant de remarquer que les arthropathies blennorrhagiques ont, au contraire, été signalées pour la première fois il y a dix ans à peine.

C'est en 1885 que Clément Lucas (*British medical Journal*) le premier, rapporte l'histoire d'un enfant nouveau-né qui, affecté d'une conjonctivité purulente, vit survenir secondairement, une arthrite du genou.

Malgré l'absence d'examen bactériologique le diagnostic dans ce cas n'est nullement douteux, et pour l'établir, l'auteur s'appuie sur l'existence d'une blennorrhagie chez le père et chez

la mère d'un écoulement vaginal. Ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par la marche de l'affection. Quelques mois après, cet auteur anglais avait la bonne fortune d'en observer deux nouveaux cas.

Bientôt Fendick (*British medical Journal*, 1883) observa et publia un cas très analogue aux précédents. Il adopte d'ailleurs entièrement les conclusions de Clément Lucas.

A Philpot revient l'honneur d'avoir montré (1885) que la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles est susceptible aussi de complications articulaires. Comme dans les observations précédentes, le diagnostic était absolument certain, car la petite fille avait été violée par un individu que l'examen médico-légal démontra atteint de blennorrhagie.

En 1886, Widmarck ajoute aux observations précédentes une nouvelle : il s'agit d'un nouveau-né ayant une ophthalmie purulente et qui vit se développer des arthrites du genou et du cou de pied droit, lesquelles durèrent une quinzaine de jours.

M. Darier, le premier en France, signala l'arthrite comme complication de l'ophthalmie pu-

purulente des nouveaux-nés. Le premier aussi il appuie son hypothèse de nature blennorrhagique de l'affection sur l'examen microscopique du pus de la conjonctive (1889).

Le gonocoque a d'ailleurs été rencontré dans le pus d'une arthrite purulente survenue dans le cours d'une conjonctivite purulente. Deutschmann (1890) à qui revient le mérite de ce premier examen, ne trouva dans le pus de l'article aucun autre microbe. Le gonocoque y existait à l'état de culture pure.

Ces examens microscopiques sont répétés par les auteurs, dans la suite. Koplik trouve le gonocoque dans l'écoulement vaginal de deux petites filles qui étaient atteintes de complications articulaires. L'une d'entre elles avait été violée par un individu atteint de blennorrhagie.

Ollivier et Béclère relatent en 1891, c'est-à-dire l'année suivante, un cas identique : un jeune apprenti atteint de blennorrhagie viola une petite fille qui présenta ensuite une vulvo-vaginite et une arthrite du poignet.

En 1892, Morax, Lindermann, Escherich, Béclère, Lop, Cahen Brach, ajoutent aux observations antérieures de nouvelles observations. Comme le

fait remarquer avec raison M. Vignaudon, celle de MM. Morax et Bécère ont un intérêt particulier, car elles mettent bien en relief le rôle de la contagion indirecte dans l'étiologie de la blennorrhagie de l'enfance, et les travaux bactériologiques unis à l'observation clinique, ont démontré que le plus grand nombre des vulvo-vaginites infantiles sont dues à ce mode de contagion.

En 1893, nous devons signaler l'article de M. Guinon et la thèse de M. Vignaudon. Dans le cas de M. Guinon la cause était une vulvo-vaginite et la complication articulaire était localisée à l'articulation médio-tarsienne.

M. Vignaudon rassemble les cas publiés avant lui, y ajoute trois observations nouvelles recueillies dans le service de M. Richardière. Voici les conclusions de son ouvrage :

L'arthrite blennorrhagique s'observe chez l'enfant; elle y est même relativement très fréquente. Elle peut apparaître à tout âge. Elle reconnaît deux modes étiologiques : l'ophtalmie, presque toujours chez les nouveaux-nés, et la vulvo-vaginite. Le gonocoque de Neisser a été très souvent cherché et trouvé dans les sécrétions purulentes

de la vulve ou de la conjonctive. Le pronostic est plus bénin que chez l'adulte.

A ces travaux il faut encore ajouter les trois observations publiées par Moncorvo, et par Sobolka. Moncorvo, dans une de ces observations, aurait reconnu la présence du gonocoque dans le sang obtenu par piqûre du doigt. Mais, comme le fait observer M. Vignaudon dans un article récent, ce résultat n'entraîne pas la conviction, car Moncorvo parle de culture de gonocoques obtenues sur gélose, ce qui implique ordinairement une erreur. Dans un cas de Sobolka, consécutif à une conjonctivite blennorrhagique, il y eut en même temps que les arthropathies, des abcès sous-cutanés multiples dont le pus contenait des streptocoques et des cocci intra-cellulaires ayant les propriétés tinctoriales du gonocoque.

Enfin, nous avons eu pour notre part, l'occasion d'observer un cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant. Notre unique observation est intéressante en ce sens qu'elle concerne un jeune garçon atteint d'urétrite blennorrhagique, à gonocoques, ainsi que nous l'a démontré l'examen bactériologique, qui vit survenir au cours de cette chaude-pisse une inflammation du genou droit. Ce fait d'arthrite

blennorrhagique consécutive à une inflammation uréthrale, est le seul cas qui ait été signalé chez les enfants du sexe masculin.

non l'écou

### III

#### ETIOLOGIE.

Dans les observations rassemblées par M. Vignaudon, l'arthrite blennorrhagique est toujours survenue dans le cours d'une vulvo-vaginite. Sa fréquence par rapport à l'une ou l'autre localisation de l'affection est très difficile à déterminer.

Il faudrait en effet sur un nombre très considérable de vulvo-vaginites à gonocoques d'une part, de conjonctivites purulentes d'autre part, rechercher la proportion pour cent ou pour mille des enfants atteints de complications articulaires.

D'une manière absolue, l'infection par l'une ou l'autre de ces voies, a donné de part et d'autre un nombre à peu près égal de complications de cette sorte.

A ce facteur étiologique nous devons ajouter un nouvel élément qui est l'urétrite blennorrhagique du petit garçon, affection rare sans doute, mais non pas exceptionnelle, car pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, il nous a été donné d'en observer plusieurs cas. D'ailleurs la proportion que nous venons d'énoncer et que nous appuyons sur un fait unique, sans doute, mais indiscutable puisqu'il s'appuie sur les commémoratifs, sur l'aspect clinique et sur l'examen bactériologique, n'a rien qui doive nous surprendre puisque l'arthrite blennorrhagique est une complication fréquente de la blennorrhagie uréthrale de l'homme adulte.

M. Vignaudon est porté à croire que le rhumatisme blennorrhagique de l'enfant, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le penser en face d'un aussi petit nombre d'observations. S'appuyant sur ce fait, qu'en deux mois, il a pu en observer trois cas, ce qui démontrerait sa fréquence relative; il est convaincu qu'« il est souvent passé inaperçu jusqu'ici aux yeux d'observateurs consciencieux, parce que l'élément principal du diagnostic, la notion de cause leur manquait. En fait de vulvo-vaginites blennorrhagiques chez les petites-filles, on ne con-

naissait, il y a peu d'années, que celles qui résultaient d'un attentat criminel. Il a fallu de nombreux travaux bactériologiques, appuyés sur une observation clinique rigoureuse, pour démontrer l'extrême fréquence de la vulvo-vaginite blennorrhagique chez les petites-filles et le rôle indirect de la contagion dans leur pathogénie. »

Sans aller aussi loin, nous pensons que l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant, si elle est rare, n'est pourtant pas exceptionnelle, puisque depuis 1885, époque à laquelle Clément Thomas a publié la première observation, jusqu'à ce jour 28 cas ont été publiés.

Si nous décomposons ces 28 observations, nous voyons que :

14 sont consécutifs à une vulvo-vaginite.

13 sont survenus au cours d'une ophthalmie purulente.

1 chez un enfant atteint d'uréthrite à gonocoques.

La source de la contagion réside toujours dans une vaginite de la mère ou de la sœur, dans une blennorrhagie du père ou d'un frère, en un mot d'une affection de nature blennorrhagique chez une personne de l'entourage de l'enfant. L'infec-

tion se fait assez souvent par contact direct (ophthalmie purulente des nouveaux-nés) ; mais très souvent aussi par l'intermédiaire d'une autre personne, (personnel hospitalier) ainsi que M. Comby l'a démontré dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux. Les travaux de cet auteur, basés sur l'examen de 150 cas de vulvite chez des petites-filles montrent que la cause la plus fréquente est la contagion médiate de nature non vénérienne. Les objets de toilette, tels que les éponges, les irrigateurs ; le linge : linge de toilette, lit commun et par suite la cohabitation intime, sont également des agents de contagion très importants. On a incriminé de même les cabinets d'aisance, l'eau d'une piscine, d'une baignoire (Vignaudon).

Les connaissances bactériologiques que nous possédons aujourd'hui, démontrent que la cause prochaine est bien l'infection blennorrhagique. Mais la question de milieu, de résistance vitale a peut-être aussi son importance.

Pourtant l'état de la constitution ne semble pas avoir une large part dans l'étiologie. Il est certain que dans quelques observations, celle de Koplik par exemple, et celle de Vignaudon, l'anémie est

signalée ; mais cette anémie peut être due à l'affection gonococcienne elle-même, qui fréquemment détermine une anémie rapide. Une malade de M. Guinon était peu vigoureuse et présentait un certain degré de rachitisme ; la malade d'Escherich était, d'après l'auteur, mal développée.

En revanche, dans les autres observations, l'état général était aussi bon que possible. Dans notre observation personnelle, bien que l'enfant eût des antécédents personnels assez chargés, son aspect général était néanmoins excellent lorsque nous l'avons examiné pour la première fois.

M. Vignaudon fait remarquer que la rougeole est signalée deux fois parmi les maladies antérieures, (Obs. de Koplik, et obs. de Vignaudon ; nous ne saurions croire que ces deux seuls faits puissent suffire pour faire jouer à cette fièvre éruptive le rôle de cause prédisposante, surtout si on tient compte de sa fréquence dans le jeune âge.

Pas plus que l'état général, l'âge n'a d'influence bien marquée. L'arthrite blennorrhagique a été observée, quelques jours après la naissance, chez des enfants contaminés par les sécrétions vaginales de leur mère et atteints de conjonctivité purulente. On l'a également observé aux différentes périodes

de l'enfance, 20 mois, 2 deux ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 7 ans, 9 ans. En un mot, elle s'observe à tous les âges de l'enfance.

Les localisations que l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant ne sont pas moins variables, bien que l'arthrite blennorrhagique semble pourtant avoir une prédilection pour l'articulation du genou. Dans les observations que nous avons pu recueillir, le genou a été pris douze fois, le poignet huit fois, le cou de pied sept fois, les petites articulations de la main et du pied comprennent les autres cas. Comme chez l'adulte, le rhumatisme blennorrhagique est très fréquemment mono-articulaire. Lorsqu'elle est poly-articulaire elle occupe le plus ordinairement deux jointures seulement. Dans ces cas, il s'agit le plus souvent de petites articulations. Pourtant on voit les lésions articulaires envahir au début, soit simultanément, soit successivement, mais à peu de jours d'intervalle, plusieurs articulations; puis les douleurs quittent rapidement tous les points envahis, sauf un sur lequel elles persistent avec ténacité.

Clément Lucas, Ollivier et Widmark, ont observé les lésions polyarticulaires survenant soit simultanément, soit à quelques jours d'intervalle.

Ainsi dans une observation de Darier (observation II de cet auteur), l'arthrite du poignet survint quatre jours après le début de l'arthrite du pied. Philpot et Cahen-Brach ont vu l'arthrite mono-articulaire siéger sur une petite articulation.

D'après M. Vignaudon : « Les gâines synoviales des tendons voisins participent toujours à l'inflammation de la jointure. Il y a arthrite et synovite tendineuse, et cette dernière peut, dans certains cas, être la lésion principale. Dans aucune observation on ne signale l'inflammation des bourses séreuses.

On a dit que chez les individus adultes les arthrites choisissaient de préférence les articulations qui fatiguent, celles qui sont exposées à des froissements continuels, à un travail exagéré. Chez l'enfant le rôle de la fatigue est plus difficile à établir, car on voit fréquemment l'affection se localiser aux genoux des enfants qui ne marchent pas.

En somme, nous voyons que si la cause déterminante du rhumatisme blennorrhagique est bien connue, en revanche les causes prédisposantes et les causes occasionnelles sont très difficiles à préciser. Le rôle de l'infection gonococcienne seul est

absolument démontré par la bactériologie. Mais comment cette affection agit-elle? Voilà la question qu'il nous faudrait résoudre maintenant.

#### IV

#### PATHOGÉNIE

Nous insisterons fort peu sur ce chapitre, car l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant pourrait donner lieu aux mêmes discussions que chez l'adulte, comme le fait remarquer avec beaucoup de raison M. Vignaudon. Or, à ce point de vue l'accord est encore aujourd'hui loin d'être fait entre les pathologistes.

A la fin du dix-huitième siècle, Hunter, Selle, Swediaur et Cullerier signalent nettement la coïncidence d'accidents articulaires variés avec la chaude-pisse et invoquent comme pathogénie la métastase. En 1864 eut lieu à la Société Médicale des Hôpitaux, une discussion célèbre, M. Four-

nier montra les caractères différentiels du rhumatisme vrai, franc et du rhumatisme blennorrhagique. D'après ce clinicien :

1° La fréquence des manifestations articulaires aux cours de la blennorrhagie montre d'une manière évidente un rapport de cause à effet.

2° Les récurrences du rhumatisme blennorrhagique sont parallèles aux récurrences de la blennorrhagie.

3° Il existe des différences essentielles entre le rhumatisme vulgaire et le rhumatisme blennorrhagique.

On voit combien cette opinion est éloignée de celle de Bouillaud, qui considérait les arthropathies blennorrhagiques comme de simples coïncidences entre le rhumatisme vrai et la blennorrhagie. L'opinion de Peter, et de Guéneau de Mussy n'était pas très différente. Pour eux, la blennorrhagie réveillerait la diathèse rhumatismale jusque là latente ou créerait de toutes pièces le rhumatisme.

M. Fournier avait pensé que le rhumatisme blennorrhagique pouvait être d'origine réflexe, le point de départ de ce réflexe étant la muqueuse uréthrale enflammée. Mais cette opinion fut vite abandonnée pour cette raison que le rhumatisme

blennorrhagique peut subvenir en l'absence de toute uréthrite, à la suite d'une ophthalmie blennorrhagique isolée par exemple. Donc, le rhumatisme blennorrhagique n'est pas le résultat d'un réflexe ayant pour point de départ la muqueuse uréthrale

Lasègue alla plus loin et se rapprocha certes des théories actuellement en vogue en admettant que le rhumatisme blennorrhagique devait rentrer dans la catégorie des rhumatismes pyohémiques. Pour lui, les symptômes articulaires seraient le résultat d'une pyohémie atténuée ayant son point de départ dans la suppuration uréthrale; en un mot, elle serait causée par la pénétration de ce pus dans le sang.

Pidoux et Féréol, avec des termes différents, exprimaient une opinion qui n'est pas sans quelque analogie; mais que nous ne comprenons plus guère. Il croyait à l'existence d'une diathèse blennorrhagique spéciale, tout comme il existe une diathèse syphilitique spéciale, une diathèse rhumatismale spéciale. L'arthropathie dépendait de cette diathèse.

D'après MM. Bouchard et Bourcy, le rhumatisme blennorrhagique est dû à une infection gé-

nérale de l'organisme par le gonocoque de Neisser. Il y a infection blennorrhagique dont la détermination principale est une arthropathie connue sous le nom de rhumatisme blennorrhagique.

Quant à l'agent pathogène deux théories encore se trouvent en présence. D'après Haller, Boucharlat Bousquet, il y aurait *gonohémie*, c'est-à-dire infection du sang par le gonocoque qui a été retrouvé dans le sang.

MM. Straus, Mauriac, Dieulafoy, pensent que si le gonocoque intervient dans cette infection, c'est par les toxines qu'il sécrète, et ceci nous expliquerait pourquoi les gonocoques n'ont pas été retrouvés dans certains épanchements articulaires.

Mais l'arthrite blennorrhagique peut suppurer; le fait, il est vrai, n'est pas fréquent. Or, d'après Lasègue, Brun, Talamon et Duplay, dans ces cas on trouve non des gonocoques, mais des streptocoques et des staphylocoques dans le liquide intra-articulaire. L'arthrite blennorrhagique serait donc secondaire à une pyohémie.

M. Marfan paraît, avec plus de raison peut-être, admettre pour les différents cas, tantôt l'un, tantôt l'autre mode d'infection.

Dans deux observations, Deutschmann, Lindermann, mentionnent la présence de gonocoques dans l'exsudat purulent du genou. Voilà donc deux faits favorables à la spécificité des déterminations articulaires de la blennorrhagie, prouvée d'autre part par quelques examens chez l'adulte, en particulier celui de MM. Tollemmer et Macaigne. (*Archives de Médecine expérimentale*, novembre 1893).



## V

### SYMPTOMES

Les formes cliniques des arthropathies blennorrhagiques sont extrêmement nombreuses et variables. Une description encadrant toutes les variétés cliniques doit comprendre au moins les cinq formes indiquées par M. Marfan (*Gazette des Hopitaux*, 1888.)

La forme arthralgique de M. Fournier n'est souvent que le début des autres formes, ou leur terminaison et alors persiste pendant des mois. Elle est caractérisée par un symptôme unique qui est *la douleur*. Cette douleur est tantôt vague, occupe toutes les jointures, tantôt, et plus souvent elle se localise dans un petit nombre d'articulations. Ces douleurs sont persistantes, elles sont exagérées par la pression, et surtout par les mou-

vements, au point que la marche est impossible ou du moins gênée. Elle sont aussi, et c'est là une particularité fort intéressante, plus vives le matin ; elles diminuent ou disparaissent même vers la fin de la journée : il semble alors que la jointure se dérouille.

L'hydarthrose blennorrhagique ressemble aux autres hydarthroses dont elle a tous les caractères. Elle se montre surtout dans les grandes articulations : genou (gonocèle) pourtant on l'aurait observée même dans la sterno-claviculaire. Ordinairement elle est mono-articulaire, d'une indolence presque complète, se développe et évolue sans aucun trouble général, sans fièvre aucune ! L'épanchement se forme assez vite, est d'emblée très abondant et gêne la marche. La résolution est lente, cette forme a une certaine tendance à la chronicité, et récidive avec la plus grande facilité à chaque nouvelle chaude pisse. La durée est toujours longue et varie de plusieurs semaines à un an.

La forme aiguë, de MM. Duplay et Brun, Mono-arthrite aiguë, appelée par Gosselin, forme plastique ankylosante a des caractères tout à fait différents :

Une seule articulation est intéressée en général et l'inflammation ici ressemble à une arthrite traumatique. Les douleurs sont violentes au début, l'impotence fonctionnelle est absolue. La rougeur, la chaleur et la tuméfaction se développent très rapidement et sont très marqués en raison de l'épanchement intra-articulaire d'une part, et, d'autre part, de l'œdème inflammatoire des tissus périarticulaires.

Le périoste et les extrémités osseuses sont intéressés, il se forme même parfois des hyperostoses qui ne disparaissent qu'à très difficilement,

Aussi est-il fréquent d'observer l'ankylose complète et définitive.

Dans la forme subaiguë : polyarthrite subaiguë de Fournier et Talamon, qui constitue le vrai pseudo-rumatisme blennorrhagique et est la forme usuelle de l'arthropathie, la marche est moins rapide.

Plusieurs articulations sont prises ordinairement ; mais en nombre moindre pourtant, que dans le rhumatisme articulaire aigu. La fluxion est plus fixe, moins mobile. Il n'y a pas de délitescence subite, de transport intégral d'une jointure à l'autre, celle qu'elle quitte est encore dou-

loureuse, alors que celle qu'elle gagne est déjà prise. La résolution est lente et difficile.

Les malades n'ont ni les sueurs ni les urines des rhumatisants vrais ; enfin dans la saignée des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique, le sang ne présente pas la couenne fibrineuse, blanche, du rhumatisme ordinaire, franc.

Dans les pseudo-rhumatismes blennorrhagiques, les complications viscérales sont exceptionnelles.

Les articulations atteintes sont, en première ligne, le genou et le coude. La tuméfaction de ces articulations devient en quelques jours très marquée, et déforme le membre atteint. Cette tuméfaction est due : 1° à l'œdème intense de la région, œdème qui s'accompagne quelquefois de lymphangite superficielle et d'une coloration rosée ; 2° à l'épanchement qui se fait dans les séreuses périarticulaires et l'articulation elle-même. La peau est chaude et sèche, les membres se placent en demi-flexion à cause de la douleur. Souvent l'atrophie musculaire est précoce.

Les signes fonctionnels sont la douleur et l'impotence qui en résulte. La douleur est ordinairement vive, exaspérée et devenant atroce,

quand on imprime un déplacement au membre atteint, on qu'on exerce à son niveau une pression, même modérée.

L'état général est ordinairement en rapport avec l'intensité des arthrites, et aussi avec le nombre d'articulations atteintes, pourtant la fièvre est peu considérable le plus souvent ; mais l'infection blennorrhagique, détermine fréquemment une anémie rapide, rarement, il est vrai, l'état général est aussi grave que dans le rhumatisme vrai !

L'évolution est assez rapide, en quelques jours à deux semaines au plus. Les articulations reviennent peu à peu ; mais très lentement à leur état normal. D'ordinaire il ne reste que de l'atrophie musculaire et de plus un peu de tuméfaction et de douleur dans une ou plusieurs jointures.

La forme purulente n'est pas très fréquente. Elle est au point de vue local la plus grave, bien que l'arthrotomie précoce donne pourtant de très bons résultats.

Dans ces différentes formes, la résolution est rarement rapide ; souvent elles passent à l'état chronique en laissant des hydarthroses persistantes, des rétractions tendineuses, des périosti-

tes épiphysaires chroniques, des atrophies musculaires permanentes, et ces complications peuvent aboutir à une ankylose de plus en plus serrée, très tenace et qui peut laisser malgré tous les soins une raideur articulaire que rien ne peut faire disparaître.

Chez l'enfant les artropathies blennorrhagiques se montrent à une période variable dans le cours de l'affection blennorrhagique, vulvo-vaginite, ophthalmie purulente, uréthrite. Tantôt leur apparition a lieu dans les premiers jours, tantôt, il n'a lieu que longtemps après le début de l'écoulement. M. Vignaudon les a vu paraître au bout de quatre mois dans un cas et de onze jours seulement dans un autre. Comme chez l'adulte, les complications articulaires se montrent le plus souvent pendant que l'affection est dans sa période d'activité; mais comme chez l'adulte aussi cette règle souffre des exceptions multiples. [Nous pouvons citer comme exemple le cas rapporté par Lindermann: L'ophthalmie avait duré trois semaines, et c'est immédiatement après sa guérison que survint la complication articulaire.

En résumé, le rhumatisme blennorrhagique peut apparaître à toutes les périodes de l'affection,

et même après sa guérison apparente ou réelle.

Lorsque se montrent les lésions des articulations, tantôt ce sont les symptômes locaux qui d'emblée dominant la scène, tantôt, au contraire, des symptômes locaux apparaissent seuls. Très souvent les localisations articulaires sont précédées de douleurs vagues que Bédère a vues une fois d'une grande intensité. Elles peuvent occuper une ou plusieurs articulations, soit voisines, soit très éloignées.

Les symptômes généraux sont la fièvre qui peut dépasser 39°, la céphalalgie avec un peu d'abattement. L'anorexie est naturellement complète. Comme le dit M. Vignaudon, c'est une véritable période d'invasion annonçant l'imprégnation générale de l'économie par l'agent infectieux.

Lorsque apparaissent les symptômes locaux, l'état général peut s'améliorer ; mais ce fait n'est pas constant et souvent même alors (observation personnelle) on voit la fièvre augmenter encore et l'état général s'aggraver. Il n'est donc pas toujours vrai que, quand une tuméfaction douloureuse apparaît sur une ou sur un petit nombre d'arti-

culations, l'infection s'est localisée et va évoluer comme une maladie locale.

Les symptômes généraux dans les observations de Cahen-Brach, Lop, Koplik, ne sont apparus que secondairement : Dans les observations de ces auteurs, une douleur brusque apparaît dans une seule jointure ; puis il survient très rapidement de la tuméfaction avec ou sans fièvre ; mais ces troubles de l'état général n'apparaissent qu'après les symptômes locaux.

On sait que dans le rhumatisme articulaire aigu, en même temps que les arthrites on peut observer des œdèmes du tissu cellulaire sous cutané. Des symptômes analogues ont été signalés dans une observation de M. Vignaudon : « D'après les renseignements fournis par la mère et l'enfant âgée de 8 ans, la maladie aurait débuté par des œdèmes douloureux du mollet droit et de la moitié droite de la face. Ces œdèmes disparurent après 4 jours dès que la localisation se fit au poignet droit. » Il est vrai que l'auteur ajoute : « Nous regrettons de ne pas avoir vu la petite malade à ce moment, car la défiance légitime que doivent inspirer ces renseignements donnés à l'hôpital ne nous permet pas de conclure à la

possibilité d'œdèmes infectieux dans la période de début du rhumatisme blennorrhagique. »

Nous avons à étudier successivement dans cette affection les symptômes locaux, physiques et fonctionnels et les symptômes généraux.

Les symptômes fonctionnels sont la douleur, l'impotence fonctionnelle liée; d'une part à cette douleur, d'autre part à l'atrophie musculaire souvent précoce et rapide.

La douleur est constante, mais il faut reconnaître que son intensité est extrêmement variable. Parfois, (observation de Bécère) elle est tellement vive qu'elle empêche le sommeil de l'enfant et lui fait même pousser des cris. Dans notre cas, cette douleur était assez intense lorsque l'enfant était immobile et dans le repos complet. Chez d'autres, au contraire, elle est, dans ces circonstances, faible ou nulle, et pour la réveiller il faut imprimer à la jointure des mouvements.

Quel que soit son degré, la palpation, les mouvements provoqués, et même le moindre mouvement imprimé au lit en certains cas l'exagèrent notablement. Chez notre malade le moindre mouvement, le moindre déplacement suffisait pour provoquer des cris de douleur.

Le moindre mouvement, le moindre heurt exagèrent donc toujours la douleur spontanée et la font naître le plus souvent lorsqu'elle n'existe pas à l'avance.

La palpation aussi est très douloureuse. « Si on explore par des pressions successives l'articulation et la région périarticulaire, on constate que la douleur a son maximum au niveau de l'interligne articulaire et des attaches ligamenteuses. Les gaines synoviales voisines, lorsqu'elles sont tuméfiées, sont moins sensibles à la pression, du moins ordinairement; mais ce fait n'est pas constant. Chez deux enfants observés par Vignaudon, la pression sur les ligaments latéraux du poignet déterminait une douleur beaucoup plus intense que la pression sur la face dorsale de la main très tuméfiée.

Chez celui que M. Guinon a pu suivre, la douleur avait son acuité maxima sur l'extrémité interne et externe de l'articulation médico-tarsienne.

Cette douleur est la cause principale de l'impotence fonctionnelle qui, dans la plupart des cas, est absolue, le membre est immobilisé par les souffrances que provoquerait le moindre mouvement spontané et provoqué. Aussi le malade reste-

tail immobile, et place son membre dans l'attitude du repos. Le poignet est en flexion légère et dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Le genou est demi fléchi le plus ordinairement; pourtant, chez notre malade, le membre inférieur était dans une extension à peu près complète; mais c'est là un fait exceptionnel.

Les mouvements spontanés sont donc impossibles. Quant aux mouvements provoqués, ils ne sont guère plus faciles; car le moindre frottement des surfaces articulaires, le moindre tiraillement des ligaments, la moindre tension des muscles produit une douleur vive. Quelques auteurs ont signalé des craquements dans l'articulation. (Clément Lucas, Vignaudon).

La tuméfaction de l'articulation est due, d'une part, à l'épanchement intra-articulaire; d'autre part, au gonflement des parties voisines. La tuméfaction est toujours prononcée, quelquefois énorme. C'est tantôt un œdème dur, peu dépressible (Guinon), tantôt comme l'a observé Ollivier, un œdème mou sur lequel on imprime le godet caractéristique avec la pulpe du doigt. Cet œdème aurait pour siège les synoviales articulaires, le

tissu cellulaire péri-articulaire, mais surtout les gaines tendineuses.

Chez l'adulte, les hyperostoses, le gonflement des épiphyses, ne sont pas très rares. Chez l'enfant ils ont été notés, mais leur durée fut brève, et ils disparurent rapidement.

Comme chez l'adulte aussi, c'est surtout aux extrémités que les déformations produites par l'œdème des tissus périarticulaires sont le plus marquées, ce qui tient au moindre volume de ces segments de membre. La gouttière des péroniers par exemple, peut disparaître. La face dorsale du pied, peut prendre des proportions telles que le volume du pied est doublé. A la main les déformations varient suivant que le gonflement occupe les gaines des fléchisseurs seulement, ou des extenseurs, ou des uns et des autres. « Quand les fléchisseurs sont atteints, les éminences thénar et hypothénar disparaissent, la paume de la main devient plane ou convexe. Il semble que l'enfant a une pelote dans la main. » (Vignaudon).

Les lésions des extenseurs augmentent considérablement la convexité de la face dorsale qui prend l'aspect d'un hémisphère.

Nous avons dit que le gonflement des grosses

articulations était dû surtout à l'épanchement intra-articulaire. Cet épanchement est le plus souvent du liquide d'hydarthrose ; trois fois pourtant, chez l'enfant, on a trouvé du pus. Dans ce pus on a constaté des gonocoques ; et, nous le répétons, la présence des gonocoques dans le liquide intra-articulaire indique bien qu'il s'agit d'une infection gonococcienne.

L'aspect des articulations lésées par l'inflammation est un peu variable suivant les cas.

Tantôt elle est pâle, amincie, luisante, tantôt au contraire elle est rouge, tendue, lisse, sillonnée de veinules dilatées ; visible sous l'épiderme. Clément Lucas dans une observation, a vu les symptômes inflammatoires tellement intenses, qu'il pensa à tort avoir affaire à une collection purulente. De même aussi dans le cas de Clément Lucas le genou était tuméfié ; douloureux, la rougeur était telle qu'elle fit penser à la suppuration. Au poignet, au contraire, elle était normale, et pourtant, tuméfaction et douleur n'étaient pas moins intenses.

Nous ne pensons pas qu'on doive attacher à la thermométrie locale, pour l'étude de ces affections, une importance exagérée ; mais nous ne pouvons

pourtant nous dispenser de signaler les résultats observés, et qui ont été résumés par M. Vignaudon dans sa thèse : « La température locale, au « niveau de la jointure malade, lorsqu'elle a été « cherchée, a toujours été trouvée plus élevée que « du côté sain. La mesure thermométrique a été « rarement donnée. M. Guinon, dans son obser- « vation, donne une température de 38°2 pour « l'articulation du côté malade et de 33°2 pour « l'articulation du côté opposé, soit une différence « de température de 5°. M. Darier a trouvé une « température locale de 39°. » Fendick dit que la peau péri-articulaire était légèrement chaude au toucher. Chez nos malades nous avons trouvé au toucher une chaleur locale appréciable.

Voilà donc passés en revue les principaux symptômes physiques et fonctionnels; mais dans ces arthrites, il y a le plus souvent des symptômes généraux.

L'hyperthermie est loin d'être constante; mais elle est fréquente; et Cahen-Brach, Ollivier, Bécère, Darier, Morax, Vignaudon, l'ont observée à des degrés divers d'intensité. Tantôt elle est modérée, et ne dépasse guère 38° ou 38°5; d'autres fois, au contraire, elle s'élève à 39°5 ou même 40°.

Elle atteindrait très rapidement son maximum, ne reste pas élevée, et descend, soit brusquement, comme dans le cas de Cahen-Brach, où elle était normale le lendemain; soit progressivement.

L'intensité de la fièvre indique évidemment l'intensité de l'infection de l'organisme; mais il ne faudrait pas en conclure, que l'arthrite doive être d'autant plus aiguë que la fièvre est plus élevée. D'ailleurs les faits démontreraient bien vite la fausseté d'une telle opinion. Nous pouvons en citer quelques exemples:

Dans les observations de Lop et Guinon, de Philpot, l'arthrite fut très intense et la température resta pourtant au voisinage de la normale. Dans d'autres cas, au contraire, une fièvre intense fut accompagnée d'une simple arthralgie sans gonflement, ni rougeur de l'articulation.

*La durée* des arthrites est extrêmement variable. Dans un cas de Cahen-Brach, elle fut de 5 jours seulement. Dans une observation de Lop, au contraire, elle ne fut pas moindre de 50 jours. Entre ces deux extrêmes, on trouve une foule d'intermédiaires; 10 jours (Morax), 15 jours (Koplik, Béclère, Escherich, Widmarck, Vignaudon), 3 semaines (Darier), 5 semaines (Clément Lucas et

observation personnelle), 40 jours (Guinon, Vignaudon.)

Par suite donc on peut dire que la durée des arthropathies blennorrhagiques, est extrêmement variable et peut osciller entre 5 et 50 jours, si on s'en rapporte aux faits connus jusqu'ici.

Un fait très remarquable est la bénignité relative, au point de vue fonctionnel, des localisations articulaires de la blennorrhagie chez l'enfant.

Tandis que chez l'adulte, l'ankylose est si fréquente, chez l'enfant, au contraire, elle est inconnue, et n'a pas été encore signalée. Il faut reconnaître pourtant que, pendant un temps assez long, en imprimant au membre des mouvements d'une grande amplitude, on constate l'existence d'une certaine raideur. Chez une malade observée par M. Vignaudon, cette raideur persiste encore au 50<sup>e</sup> jour de la maladie, avec un léger empâttement péri-articulaire, mais sans aucune douleur.

L'atrophie musculaire est au contraire très rapide, plus rapide même peut-être chez l'enfant que chez l'adulte. Mais aucun auteur ne signale la persistance de cette atrophie après la guérison, et il est très probable qu'elle disparaît promptement par l'exercice.

Si maintenant nous voulons comparer les formes d'arthropathie blennorrhagique décrites chez l'adulte et celles qu'on a observées chez l'enfant, nous remarquerons, que des cinq formes que nous avons signalées plus haut :

- 1° Arthralgie,
- 2° Hydarthrose,
- 3° Arthrite aiguë,
- 4° Arthrite subaiguë,
- 5° Arthrite purulente,

les trois dernières seules ont été observées, ainsi que la première. Quant à l'hydarthrose proprement dite, nous ne l'avons pas trouvée signalée. Cela tient sans doute à ce que l'évolution du rhumatisme blennorrhagique est plus rapide chez l'enfant, qu'elle ne l'est chez l'adulte, et voilà pourquoi les formes chroniques auxquelles l'hydarthrose appartient essentiellement, font complètement défaut ou sont exceptionnelles.

M. Vignaudon considère la suppuration de l'article comme une complication. Nous ne saurions accepter cette interprétation des faits : L'ar-

thrite suppurée est une forme des arthropathies blennorrhagiques, elle est même due au gonocoque, qui y a été retrouvé par l'examen bactériologique.

de la maladie de Parrot. **VI** — La pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot. —

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

M. Vignaudon, dans sa thèse fait d'une façon très complète, à certains points de vue, le diagnostic de l'arthrite blennorrhagique. Nous ne saurions mieux faire pour les affections qu'il passe en revue, que de résumer ici les signes distinctifs qu'il donne d'une manière très détaillée.

Mais auparavant nous voudrions montrer qu'une des affections de la première enfance dont le diagnostic est le plus difficile et que cet auteur passe sous silence, est la *pseudo paralysie syphilitique* ou maladie de Parrot.

Voici les caractères différentiels :

Dans la maladie de Parrot, le début a lieu or-

dinairement entre le 2<sup>e</sup> mois et la fin de la première année, l'impotence fonctionnelle est absolue, sans doute ; mais le gonflement siège, non pas au niveau de l'articulation ; mais au niveau du cartilage épiphysaire, et souvent à ce niveau, on peut constater de la crépitation. L'enfant est fils de syphilitique et présente lui-même, ordinairement, d'autres tares caractéristiques de la syphilis héréditaire.

*Le rhumatisme articulaire aigu*, rare au-dessous de cinq ans, a la mobilité du rhumatisme articulaire de l'adulte, s'il n'en a pas ordinairement la généralisation.

De plus, les localisations viscérales sont extrêmement fréquentes, en particulier l'endo-péricardite. Dans le rhumatisme blennorrhagique, au contraire, c'est à peine si on a signalé un cas. Le salicylate de soude a une action héroïque sur le rhumatisme articulaire aigu ; son influence est nulle sur le rhumatisme blennorrhagique, comme, d'ailleurs, sur les pseudo-rhumatismes infectieux en général, dont l'affection que nous étudions n'est qu'une modalité.

*La tumeur blanche* a une évolution toute différente dans ses formes chroniques. Sa forme aiguë

est rare, et n'est dans l'immense majorité des cas qu'une localisation, qu'une manifestation locale d'une granulie généralisée.

Dans l'*hydarthrose syphilitique*, rare chez l'enfant, la douleur est modérée ou même nulle, au palper on constate fréquemment une tuméfaction des épiphyses qui, comme nous l'avons dit plus haut, est rare; et de brève durée dans l'arthrite blennorrhagique de l'enfant. (Elle n'a été signalée qu'une fois.) La *pseudo-tumeur blanche syphilitique* prêterait encore moins à erreur. D'ailleurs, qu'elle soit la forme de la syphilis articulaire, il faudra chercher sur l'enfant les stigmates de syphilis héréditaire: Infantilisme, difformités crâniennes et nasales, cicatrices commissuraires des lèvres, triade d'Hutchinson. Si un doute existait l'étude des antécédents héréditaires, et surtout le traitement spécifique auront bientôt tranché le diagnostic.

*Les pseudo rhumatismes infectieux* de la scarlatine, de la rougeole, de la diphtérie, des oreillons, de la variole, seront facilement dépistés par la connaissance de l'affection causale. Les arthrites traumatiques ne prêteront guère à erreur. L'ostéomyélite est très différente par ses symptômes et son évolution et ne prête nullement à erreur.

En somme, toutes les fois qu'un enfant atteint de vulvite, de conjonctivité purulente, ou d'urétrite présentera les symptômes de l'arthrite blennorrhagique, quelle que soit la forme de cette arthrite, il sera bon de faire l'examen bactériologique du pus, et les gonocoques constatés, d'éliminer successivement toutes les affections articulaires que nous venons de passer en revue.

Quant au diagnostic de la nature du liquide épanché dans la synoviale il sera fait, et surtout fait à temps par la ponction exploratrice. Cette recherche est surtout importante si on soupçonne la présence de pus dans l'articulation.

## VII

### PRONOSTIC

Nous serons brefs sur ce chapitre, car il peut se résumer en quelques lignes :

Quelle que soit la nature du liquide contenu dans l'articulation, ou dans les articulations atteintes par l'arthrite blennorrhagique, on peut prédire à coup sûr (si on s'en rapporte aux observations publiées jusqu'à ce jour) la guérison complète en un temps qui varie de quelques jours à deux mois, ou un peu plus :

La raideur articulaire, les atrophies musculaires ne sont que passagères et disparaissent rapidement par un traitement convenable.



## IX

### TRAITEMENT

Ce chapitre n'est guère plus complexe que le précédent :

Contre l'arthrite non suppurée on emploiera :

La compression ouatée, la révulsion et l'immobilisation.

Contre les raideurs articulaires :

La mobilisation, le massage, les douches, et les bains sulfureux.

Contre les atrophies musculaires :

Les massages et l'électrisation.

L'arthrite suppurée exige une intervention tout à fait spéciale qui est l'arthrotomie, suivie de lavage et du drainage de l'articulation.

L'infection générale sera combattue avec plus ou moins de succès par le salol, le naphthol, le benzò-naphthol, etc, dont il ne faut faire, chez

l'enfant, qu'un emploi très prudent. Le salophène a été récemment préconisé par M. le professeur agrégé Marie.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I (Personnelle).

*Urétrite blennorrhagique chez un petit garçon de quatre ans. Arthrite du genou.*

S. (Louis), âgé de 4 ans et demi, entre le 27 mai 1883. salle Archambault, dans le service de M. le Dr Moizard,

Il est amené à l'hôpital Trousseau par sa tante et voici ce qu'elle nous raconte :

Sa mère est bien portante, son père également. Ils ont un autre enfant, né tout récemment, également bien portant.

Cet enfant a été élevé au sein jusqu'à l'âge de huit mois, à la campagne. Il est resté à la campagne jusqu'à l'âge de huit mois. Il s'y était toujours bien porté et n'avait eu aucune affection digne d'être mentionnée, en particulier jamais de douleurs articulaires.

A huit mois il est sevré par sa nourrice. Ses parents

le ramenèrent alors à Paris, où il est pris bientôt d'impétigo compliqué d'adénites cervicales. Porté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il est traité par des applications émollientes d'abord : cataplasmes de fécule de pommes de terre, puis par des pansements humides antiseptiques, à l'eau boriquée. Sous l'influence de cette médication, l'impétigo disparaît très rapidement et l'enfant est bientôt complètement guéri. Il est resté bien portant jusqu'au mois de février dernier. Il est pris alors d'une rougeole suivie d'une bronchite persistante et qui dura jusqu'à la mi-mars. Pendant tout le mois dernier, il s'était très bien porté.

Il y a cinq jours, il est pris de douleurs articulaires localisées en un point unique qui est le genou droit. Le moindre mouvement est entièrement douloureux et fait pousser des cris au petit malade. Les parents ont remarqué en même temps comme symptôme objectif, un gonflement de ce genou, assez considérable, mais sans aucune rougeur appréciable.

Hier, ne constatant dans l'état local aucune amélioration, ils se décidèrent à le faire entrer à l'hôpital. Ils avaient d'ailleurs remarqué depuis quelques jours que l'enfant avait la peau chaude, la langue sale et qu'il ne mangeait plus.

Lors de son entrée, c'est-à-dire le 28 mai, voici ce que nous constatons :

Le genou droit est notablement tuméfié, sa forme est globuleuse, les méplats situés de chaque côté de la rotule, très nets du côté sain sont effacés du côté malade. Le membre est dans l'extension et la rotule, ainsi que la partie de la cuisse la plus voisine forment une saillie très notable, mais à limites peu nettes, diffuses. La coloration des léguments est normale, il n'y a pas de rougeur le long des gaines tendineuses. Le palper, extrêmement douloureux, ne peut être pratiqué qu'avec les plus grandes précautions, encore ne pouvons-nous y avoir recours qu'en provoquant chez notre malade des douleurs assez vives. Il nous montre : d'une part, que ce gonflement de la région articulaire est dû à l'existence de liquide dans la cavité articulaire, car sur les côtés et en arrière de la rotule, une pression même légère déprime les tissus et le doigt arrive bientôt au contact des surfaces osseuses dures et résistantes. En même temps un doigt placé sous le cul-de-sac sous tricipital perçoit nettement en ce point une augmentation de la tension, et un accroissement de volume qui indique nettement le reflux du liquide. D'ailleurs, si un doute pouvait subsister, la recherche et la constatation du choc rotulien l'eût bientôt supprimé. En appuyant doucement, progressivement la face palmaire de la main gauche sur le cul de sac sous tricipital, l'index allongé le long du bord interne de la rotule, et le pouce

le long de son bord externe, de manière à refouler le liquide vers la face profonde de la rotule, puis en pressant brusquement sur la rotule avec l'index de la main droite, on sent un choc très net produit par la rencontre de la face postérieure de la rotule contre la face antérieure des condyles.

Il est donc évident qu'il y a une notable quantité de liquide accumulée dans la cavité de la synoviale.

Nous nous demandons si les cartilages épiphysaires et les parties voisines des os fémur et tibia ne seraient pas malades. Cette hypothèse est écartée par la constatation des symptômes suivants : La douleur a son maximum d'intensité au niveau de l'articulation, où elle est extraordinairement vive au niveau des cartilages épiphysaires, elle est certainement beaucoup moindre. D'ailleurs le gonflement est exactement localisé ou du moins atteint son plus grand développement au niveau de l'articulation elle-même et non au niveau des segments de membre voisins.

Les mouvements spontanés sont absolument nuls, l'impotence fonctionnelle est complète. Le malade ne peut imprimer à sa jambe aucun mouvement.

Les mouvements provoqués sont excessivement douloureux, même très limités. La moindre flexion imprimée à l'articulation détermine chez le malade des douleurs tellement vives qu'il pousse des cris.

Même le moindre mouvement, la moindre secousse produite par un choc sur le lit, sur le sommier, renouvelle ces douleurs. Ce fait nous montre bien que c'est l'articulation qu'est en cause dans le cas que nous avons sous les yeux.

La douleur spontanée est plus modérée, lorsque le petit malade est bien immobile et dans un calme complet, les douleurs paraissent supportables. Elles ne s'exagèrent que sous l'influence des mouvements provoqués ou lorsque l'enfant veut modifier la position dans laquelle il est couché.

L'examen des différents viscères et de l'état général nous donne les renseignements suivants : La langue est saburrale, couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, assez épais. La gorge est normale, sans aucune rougeur. L'abdomen n'est ni excavé ni ballonné et sur les téguments on ne voit que quelques piqûres de puce, il n'y a pas, en particulier, de taches rosées lenticulaires. L'appétit est nul, la soif ardente. Le petit malade ne prend guère que du lait et du bouillon, qu'il absorbe d'ailleurs en assez grande abondance. Les nausées et les vomissements ont fait défaut depuis son entrée dans le service, comme, d'ailleurs, pendant qu'il était chez ses parents. Il est un peu constipé, et n'est pas allé à la selle depuis son entrée. Un lavement simple lui est administré pour combattre cette constipation.

Il ne tousse pas, ou du moins très peu. L'exploration du thorax, palper, percussion, auscultation ne réveille d'ailleurs aucun symptôme anormal. Les mouvements respiratoires sont peu accélérés, et le nombre des inspirations est, par minute, de 24 à 26 seulement.

L'auscultation du cœur nous montre les bruits normaux, sauf leur accélération. Il n'y a aucune modification pathologique de ces bruits, aucun bruit surajouté. La pointe paraît battre à peu près au niveau du mamelon.

La température est assez élevée à 9°2 hier soir, 38°3 ce matin. Le pouls est fréquent, 112 pulsations par minute.

L'examen du foie, de la rate, nous montre que ces organes ont un volume à peu près normal ; ils ne sont pas douloureux.

C'est du côté de l'appareil génito-urinaire que nous trouvons la cause de l'arthrite : Du méat uréthral nous voyons sortir une goutte de liquide verdâtre, qui rappelle d'une manière frappante le pus de la blennorrhagie. D'ailleurs la surveillante nous fait observer que la miction est douloureuse et que l'enfant pleure chaque fois qu'il urine. Une gouttelette de ce pus est étalée sur des lamelles, séchée, fixée, colorée, et examinée au microscopie. Or, voici ce que nous apprend cet examen bactériologique : Dans un grand nombre de globules

de pus on voit des diplocoques en grains de café, en nombre considérable, et très évidents lorsqu'ils sont colorés par le violet de gentiane. Mais si on les traite par la méthode de Gram-Weigert, c'est-à-dire par le violet d'abord, puis par la solution iodurée d'iode, et enfin par l'alcool, ces cocci disparaissent. Il s'agit donc bien de gonocoques de Neisser et l'enfant est atteint d'une blennorrhagie depuis deux mois environ; mais nous ne pouvons arriver à savoir comment il a pu contagionner son enfant. Lui-même ne l'explique pas, dit-il.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins évident que ce jeune enfant est atteint d'une arthrite aiguë, au cours d'une blennorrhagie à sa période d'activité. Il est rationnel de rattacher cette arthrite à la blennorrhagie, étant donné qu'une seule articulation est prise et que l'inflammation y est restée localisée.

Le traitement institué contre l'arthrite est repos avec immobilisation dans la rectitude, compression ouatée modérée et application de teinture d'iode.

Contre la blennorrhagie on fait prendre à l'enfant de l'opiat (copahu et cubèbe).

Le 30 mai. L'état de l'enfant reste à peu près stationnaire. Le gonflement de l'articulation malade semble avoir très légèrement augmenté, malgré la révulsion et la compression. Les douleurs restent très vives.

Peut-être, pourtant, sont-elles un peu moindres que lors de l'entrée du malade, ce qui est dû, sans doute à l'immobilisation complète de sa jointure depuis qu'il est à l'hôpital.

La langue soigneusement nettoyée chaque jour présente un aspect meilleur ; l'appétit reste à peu près nul et la fièvre persiste : la température était hier soir de  $39^{\circ}4$ , ce matin de  $38^{\circ}$ . Pas de lésions cardiaques. Le même traitement est continué.

Le 5 mai. Nous devons noter aujourd'hui des modifications assez considérables dans l'état des malades.

La température est beaucoup moins élevée : Le soir elle ne dépasse pas  $38^{\circ}3$ , et ce matin elle n'est que  $37^{\circ}8$ . L'appétit tend à renaître et l'enfant demande à manger un peu. Les bruits du cœur sont normaux. L'examen des urines nous montre que chauffées à  $100^{\circ}$ , puis additionnées d'une goutte d'acide acétique, elles restent limpides. Elles ne contiennent donc pas trace d'albumine.

La jointure reste pourtant enflée et douloureuse, l'épanchement est toujours très considérable. Les douleurs sont un peu moins vives encore que les jours précédents. Bien que les mouvements spontanés soient complètement impossibles, on peut déterminer dans l'articulation quelques petits mouvements de flexion sans trop faire souffrir l'enfant.

Le 12 mai. La température est revenue à la normale le matin où elle varie de  $36^{\circ}8$  à  $37^{\circ}6$ . Le soir elle est de  $37^{\circ}8$  à  $38^{\circ}2$ . Le pouls n'est plus qu'à 85 pulsations par minute environ. Les bruits du cœur restent normaux et l'urine ne contient pas d'albumine.

L'épanchement a considérablement diminué depuis quelques jours. En refoulant avec soin le liquide sous la rotule on perçoit encore pourtant un choc très net et les méplats sont encore remplacés par des surfaces légèrement convexes, mais le genou a en grande partie perdu la forme globuleuse qu'il avait au début.

Les mouvements spontanés commencent à être possibles. L'enfant soulève sa jambe et lui imprime quelques légers mouvements de flexion. Ces mouvements peuvent être augmentés d'une dizaine de degrés sans qu'il se plaigne en aucune façon.

Le 20 mai. L'enfant est à peu près guéri. Le genou a repris sa forme et son volume normaux. Il persiste seulement un peu de raideur articulaire, mais qui n'est pas extrêmement considérable. L'enfant porte sa jambe dans une flexion intermédiaire à l'extension et à la flexion à angle droit. Il semble, au palper, qu'il persiste un peu d'épaississement de la synovial, car les détails de l'articulation ne sont pas aussi nettement perçus que du côté opposé.

Le 25 mai. L'enfant marche depuis quelques jours;

il boîte à peine et il est évident que par l'exercice son articulation reprendra tout à fait son état normal et reviendra à l'état dans lequel elle était antérieurement.

Il sort le 26 mai; sa blennorrhagie est également guérie. Nous l'avons pas revu.

#### OBSERVATION II (Résumée).

Philpot : *Laucet*, 6 octobre 1885.

Une petite fille de neuf ans, atteinte depuis huit jours d'un écoulement nulvaire épais, avec mictions douloureuses, fut prise d'une douleur vive dans la région de la nuque et en arrière du talon gauche. Finalement, cette douleur se localisa dans la première articulation cunéo-métatarsienne gauche. La jointure devint très tuméfiée et très douloureuse. Aucune autre jointure ne fut atteinte. Le pied, immobilisé au moyen d'attelles, guérit sans complications.

On apprit plus tard que l'enfant avait été violée par un jeune homme atteint de blennorrhagie.

OBSERVATION III.

Koplik : *New-York medical Journal*, 21 juin 1890.

Fille de 5 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Elle a eu la rougeole et une pneumonie. Depuis deux semaines elle a un écoulement vulvaire. Il y a huit jours elle s'est plainte de douleurs dans la région précordiale, l'épaule droite et le poignet. Depuis trois jours le genou droit est devenu douloureux.

Entrée à l'hôpital le 30 novembre. La malade est une enfant mal nourrie, anémique. A l'examen, on constate que l'épaule droite et le poignet droit sont très douloureux, mais ni chauds, ni tuméfiés. Le genou droit douloureux, chaud au toucher, avec une fluctuation manifeste. La malade ne peut marcher qu'avec une très grande difficulté.

L'écoulement vulvo-vaginal est épais, jaune verdâtre ; les globules du pus contiennent des gonocoques caractéristiques. La malade sortit au bout de deux semaines, son affection articulaire lui permettant de marcher sans difficulté ni douleur.

## OBSERVATION IV.

Koplik : *New-York Med. Journal*, 21 juin 1890.

Fille de 3 ans et demi. Il y a trois semaines on remarqua un écoulement jaunâtre venant de la vulve. Quinze jours après, elle s'aperçut que le cou-de-pied droit était rouge, gonflé, douloureux. Ces symptômes devinrent si accusés, qu'à la consultation la petite malade était incapable de marcher.

Etat actuel, 25 mars. L'enfant est anémique, d'une complexion délicate; aucun signe de rachitisme ni de syphilis, ni d'affections pulmonaires, ni d'hypertrophie ganglionnaire. Pas de fièvre.

Le cou de pied droit est tuméfié, et la peau autour de la jointure est tendue et rouge. L'exploration en est très douloureuse. Il n'y a aucun signe d'épanchement.

L'écoulement vulvaire est muco purulent, et s'accompagne d'excoriations sur les téguments qui avoisinent la vulve. L'examen microscopique décèle la présence de gonocoques.

1<sup>er</sup> avril. La jointure est encore raide, mais la malade

peut marcher. L'écoulement vulvo-vaginal persiste ; mais moins abondant.

Finalement, la jointure a recouvré ses fonctions d'une façon complète.

#### OBSERVATION V.

(Ollivier et Béclère : *Médecine moderne*, 25 juin 1891).

Fille de cinq ans et demi, entrée à l'hôpital le 7 avril 1891, à cause d'une tuméfaction du poignet gauche accompagnant un écoulement vaginal profus, dont le pus contient des gonocoques.

Le gonflement du poignet gauche s'étend de l'articulation radio carpienne à la naissance des doigts. La pression détermine un godet persistant. Rougeur vers la racine de la main. Téguments pâles et luisants partout ailleurs. Les mouvements du pouce et du petit doigt provoquent de la douleur. Pas de douleur spontanée au repos, mais la pression et les mouvements la provoquent. Au toucher, la main du côté malade semble plus chaude que celle du côté opposé.

Température axillaire 38° au début, redescend graduellement à 37°.

11 mai. Le membre supérieur gauche a subi un notable degré d'atrophie. Courants continus.

20 mai. Le fonctionnement de la jointure et des tendons est satisfaisant.

On apprend plus tard que la fillette avait subi des attentats criminels d'un jeune homme atteint de blennorrhagie.

#### OBSERVATION VI

(Beclère. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 10, 1892.)

Fille de 20 mois, entrée à l'hôpital le 20 février 1892. Aspect général excellent. Depuis la veille au soir elle a des douleurs très vives dans le membre inférieur droit, ces douleurs prédominent dans l'articulation tibio-tarsienne, tandis que toutes les autres jointures sont indemnes.

Urétrite et vulvo-vaginite assez intenses. L'enfant couché dans le même lit que sa mère, atteinte d'un écoulement vaginal verdâtre. Le gonocoque n'a pas été décelé dans le pus de la vulvite.

Évolution rapide, guérison en quinze jours.

Traitement : enveloppement ouaté.

OBSERVATION VII

(Lop. *Gazette des hôpitaux*, avril 1892, p. 387.)

*Arthrite mono-articulaire, consécutive à une vulvite à gonocoques, chez une petite fille de deux ans.*

H..., âgée de deux ans, entrée à l'hôpital le 5 janvier 1892. Cette fillette est ordinairement bien portante, n'ayant aucun antécédent héréditaire ou personnel est atteinte, depuis une quinzaine de jours, d'un écoulement vaginal très abondant, le liquide qui s'en écoule est franchement purulent, jaune verdâtre, épais, filant; la vulve, très rouge, très œdématiée, est le siège d'une vive inflammation.

Le neuvième jour de la vulvite, la région radio-car-dienne droite est devenue subitement douloureuse, gonflée; le gonflement s'étend jusqu'à la face dorsale de la main; impotence fonctionnelle totale; le moindre mouvement, au niveau de l'articulation et du carpe, réveille de vives douleurs. La peau est rouge, chaude, tendue. Apyrexie complète.

Rien au cœur, rien au poumon, pas d'albumine. Rien aux autres articulations. Rien dans l'urèthre.

Tels sont les symptômes offerts par la petite malade, le jour de son admission dans le service. Les parents affirment qu'il n'y aurait pas eu contamination vénérienne ; il est impossible d'avoir d'autres renseignements.

La présence d'une arthrite mono-articulaire, dans le cours de cette vulvite, suggéra à M. Tranel, auquel nous avons eu l'honneur de succéder dans le service, la pensée de faire l'examen microscopique du pus qui s'écoulait de la vulve, afin de voir s'il ne contiendrait pas le gonocoque de Neisser.

Les recherches entreprises à ce sujet ont donné pleinement raison à M. Tranel qui a pu, dans plusieurs préparations, constater la présence de ce micro-organisme.

De notre côté nous avons entrepris les mêmes recherches avec du pus recueilli en différents points de la vulve, qui nous ont conduit au même résultat.

Il y a une quinzaine de jours, encore, ce liquide, renfermant le gonocoque de Neisser ; depuis, sous l'influence du traitement antiseptique, nous n'avons plus trouvé ce microbe dans les préparations faites à cet égard.

— Aujourd'hui, 19 février, cette enfant est à peu près

guérie; quant à sa vulvite, grâce au traitement institué par notre maître dès l'arrivée de la petite malade (lotions au sublimé fréquemment répétées dans la journée et cautérisations au nitrate d'argent, faites avec un pinceau trempé dans une solution à 5 pour 100); quant à l'arthrite, elle est en voie de guérison; la rougeur et le gonflement ont disparu, la motilité, bien que limitée, s'exerce sans douleur; il existe encore un peu de raideur articulaire qui disparaîtra, nous l'espérons, sous l'influence du massage. »

#### OBSERVATION VIII

(Cahen-Brach. *Jahrb. für Kinderheilk*, p. 375,  
octobre 1892.)

H. C..., 6 ans, bien constituée. Pas d'antécédents.  
Elle entre à l'hôpital le 30 août 1892, pour un écoulement vulvaire.

A l'examen on trouva la muqueuse vulvaire très rouge, couverte d'un pus fétide, crémeux, jaune verdâtre, qui contient de nombreux gonocoques. Ganglions inguinaux légèrement engorgés. La fillette avait été violée trois jours avant l'apparition de cet écoulement.

Le 9 octobre, dans l'après-midi, la température monte à 40°. L'enfant accuse une forte douleur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche. L'articulation tuméfiée. Il y a de la fluctuation et un certain écartement des extrémités osseuses. La peau est rouge. Le cœur est normal. La main est immobilisée sur une attelle.

Le 10. La fièvre a disparu.

Le 14. Depuis la disparition de la fièvre, les manifestations articulaires se sont tellement amendées, que seule une pression très forte ou des mouvements très étendus provoquent la douleur.

#### OBSERVATION IX

(Guinon: *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, page 23, 1893.)

Ray..., Eugénie, 2 ans 1/2, salle Parrot, n° 10.

*Antécédents héréditaires.* — Le père tousse depuis deux ans et semble tuberculeux. La mère est bien portante et a deux autres filles en bonne santé.

*Antécédents personnels.* — Née à terme cette enfant a été élevée au biberon à la campagne. Elle aurait eu

deux fluxions de poitrine, la dernière il y a deux mois.

La mère l'amène à l'hôpital à cause d'un écoulement vaginal qu'elle a remarqué depuis quelques jours et d'un gonflement du pied droit qui date de dix jours. La main droite a été gonflée, paraît-il, pendant quelques jours, mais il n'en reste plus de trace.

*Etat actuel.* — L'enfant est petite, peu vigoureuse, mais non amaigrie, avec un léger degré de rachitisme des extrémités. Elle n'a pas de fièvre, la face est colorée.

La face dorsale du pied droit est très gonflée dans toute son étendue; le gonflement s'étend depuis la base des orteils jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne, débordant un peu sur les malléoles. La peau y est rouge, tendue, lisse et brillante, les veines sont très dilatées. La température locale y est très élevée: 35°2 au lieu de 29°8 température du pied droit.

En explorant les articulations du pied, on reconnaît qu'il s'agit d'un œdème dur, peu dépressible; que l'articulation tibio-tarsienne est intacte, car ses mouvements sont relativement faciles; au contraire, la jointure médio-tarsienne est peu mobile, et la pression à ses deux extrémités externe et interne est très douloureuse. Mais en somme, le gonflement est surtout périarticulaire et localisé dans les gaines tendineuses du dos du pied. Il y a arthrite et synovite.

La douleur est très vive dans les mouvements et la pression arrache des cris à l'enfant, qui est cependant docile et se laisse facilement examiner.

Il est difficile de dire s'il y a ou non de la suppuration ; la chaleur locale le fait supposer.

Mais, d'autre part, l'état général est très bon, il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, la langue à peine saburrale, les fonctions intestinales sont régulières. La vulvite signalée par la mère est déjà en voie de diminution. Les grandes lèvres ne sont ni gonflées ni rouges, seuls la muqueuse des petites lèvres et le vestibule sont un peu gonflés ; il existe un écoulement léger, mucopurulent, peu irritant si on en juge par l'intégrité de la peau des cuisses.

Le traitement de la vulvite consiste dans un nettoyage fréquent à la solution boriquée chaude. Sur le pied on applique un mélange à parties égales de teinture d'iode et laudanum et un pansement légèrement compressif.

Les jours suivants, l'état du pied ne se modifie pas, la douleur reste vive et tenace ; comme le gonflement n'augmente pas, je pense de plus en plus qu'il s'agit d'une arthropathie blennorrhagique, mais craignant de laisser évoluer une lésion osseuse qui pouvait m'échapper, je confie l'enfant au service de chirurgie. Concluant de son examen qu'il n'existait pas de suppuration, M. de Saint-Germain fait appliquer un pansement com-

pressif et masser légèrement; au bout de quelques jours il me renvoie l'enfant très améliorée.

Le 25 janvier, un mois après son admission à l'hôpital, l'enfant pouvait être considérée comme guérie, le gonflement avait complètement disparu et il ne restait qu'une très légère sensibilité du médio-tarse.

#### OBSERVATION X

Richardière. *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux*. Séance du 20 octobre 1893.

Enfant de sept ans, entrée le 1<sup>er</sup> septembre 1893 à l'hôpital Trousseau. La mère a des fleurs blanches et se sert d'une éponge pour sa toilette vulvaire. Elle ne dit pas s'en être servie pour sa fille. Il y a quinze jours, la mère s'est aperçue que l'enfant avait un écoulement vulvaire. Presqu'en même temps, le genou droit devint douloureux. Depuis quatre jours, douleur dans le poignet gauche; depuis deux jours douleurs dans le cou-de-pied droit.

Poignet gauche très douloureux, surtout à la pression et aux mouvements. Un peu de gonflement et de rougeur diffuse sur le trajet des extenseurs. Genou droit

gros et douloureux. Léger degré d'hydarthrose. Jambe dans la demi flexion. Au cou-de-pied droit, douleur à la pression. Vulvite d'intensité moyenne. Le pus contient de nombreux gonocoques.

Hymen intact.

Température du soir  $39^{\circ}2$ .

Le 2. Température du matin  $37^{\circ}$ . Température du soir  $38^{\circ}5$ .

Le 3. Température du matin  $37^{\circ}$ ; du soir  $38^{\circ}2$ .

Le 4. Température normale.

Le 9. Le genou et le poignet sont guéris. Légère élévation de température  $38^{\circ}5$ . Cou-de-pied droit gonflé et très douloureux. Peau chaude et rouge. Ces phénomènes sont surtout marqués sur le trajet de la gaine des péroniers latéraux.

Le 18. La malade peut être considérée comme guérie. Elle quitte l'hôpital.

#### OBSERVATION XI

Vignaudon. *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*. Mai 1895.

Eugénie V..., âgée de huit ans, entre le 22 sep-

tembre 1893, à l'hôpital Trousseau. Depuis quatre mois, elle a un écoulement vaginal abondant. Elle couche dans le même lit que sa sœur aînée, âgée de dix-huit ans qui, depuis longtemps, a des pertes blanches. Il y a quinze jours, dit la mère, l'enfant a eu de la céphalagie et de la fièvre, avec œdème douloureux du mollet droit et de la moitié droite de la face.

Après quatre jours, ces œdèmes disparurent et le mollet se tuméfia.

Actuellement le poignet droit est très tuméfié et très douloureux. Le gonflement est surtout marqué sur la face dorsale de la main. La paume de la main est normale. La peau est tendue, lisse, un peu rouge autour du poignet et plus rouge que du côté opposé. Douleur vive à la pression, surtout au niveau de l'interligne articulaire. Mouvements passifs très douloureux et limités. Mouvements actifs supprimés. Aucune autre articulation n'est malade.

Pas de fièvre.

Cœur normal.

Vulvite assez intense, hymen intact; gonocoques en grand nombre dans le pus vulvaire.

Immobilisation sur une attelle en bois. Compression ouatée.

1<sup>er</sup> novembre. Il existe encore un peu de raideur articulaire dans les mouvements à grande amplitude.

La douleur et le gonflement ont complètement disparu.

## OBSERVATION XII

(*Idem, ibidem*)

Hélène S..., âgée de deux ans et demi, entre à l'hôpital Trousseau, le 6 octobre 1893. Une parente, ayant elle-même des pertes blanches amène l'enfant à l'hôpital, à cause d'un écoulement vaginal qui date de huit jours. Vulvite intense. Hymen intact. Le pus sécrété par la vulve contient des gonocoques, mais en petit nombre.

9 octobre. Douleur dans le genou droit sans rougeur ni tuméfaction. La température du soir est de 39°5.

Le 11. La douleur du genou a disparu. La température descend à 38°2 le matin et 38°6 le soir, et atteint la normale le 14.

Le 15. Poignet gauche très douloureux. Tuméfaction énorme occupant le poignet, la face palmaire et la face dorsale de la main. Œdème assez résistant, peu dépressible. Peau lisse, tendue, un peu chaude. Mouvements passifs très douloureux. Mouvements actifs supprimés.

Température 38°5 le soir. Elle descend à 37° le 17 au matin.

Immobilisation sur une attelle en bois. Compression ouatée.

30 novembre. Il existe encore de la raideur articulaire et un peu d'empâtement péri-articulaire, mais sans douleur.

Léger suintement muqueux à la vulve.

### OBSERVATION XIII

Observation I. de Clément Lucas : *British medical Journal*. Juillet 1885.

La mère a commencé à avoir des pertes blanches trois semaines avant l'accouchement. Père atteint de blennorrhagie.

Enfant de dix-huit jours ; deux jours après sa naissance, il fut atteint d'ophthalmie purulente des deux yeux. Environ quinze jours après sa naissance, alors que la conjonctivite était encore intense, la mère remarqua que le genou gauche était gonflé, et douloureux. L'enfant criait dès qu'on essayait de mouvoir l'articulation. Peu de temps après, la main gauche et l'articu-

lation radio-carpienne gauche devinrent très douloureux.

Le 12 février 1885. La mère l'amène à l'hôpital. Le genou est très tuméfié et contient une grande quantité de liquide. La peau est rouge et fait penser à la suppuration de la jointure. Le poignet est tuméfié, mais sans rougeur de la peau; craquements et douleur assez vive dans l'articulation.

5 mars. Les yeux sont guéris. Le poignet est moins gonflé et moins douloureux.

Le 25. Le genou est guéri, aucune douleur dans les mouvements.

#### OBSERVATION XIV

(Observation 2 de Clément Lucas).

Enfant né le 20 juin 1895. Deux jours après sa naissance il a une conjonctivite des deux yeux.

5 juillet. Le genou gauche devient gros et douloureux. La pression au niveau de l'articulation, les mouvements provoqués, font crier l'enfant.

Le 23. Les yeux vont mieux. Le genou gauche est

demi fléchi, distendu par du liquide. Il n'y a pas de tuméfaction des épiphyses.

Le genou guérit rapidement sans raideur.

On apprit que la mère était atteinte d'un écoulement vaginal depuis deux mois.

#### OBSERVATION XV

(Observation 3 de Clément Lucas, *ibidem*).

Il s'agit d'un nouveau-né qui eut, au quatrième jour, une ophthalmie purulente double. La mère avait des pertes blanches.

Au bout de huit jours, le genou gauche devint très rouge et tuméfié. L'inflammation de la jointure est tellement vive qu'on pense à la présence de pus.

Le genou guérit en un mois, traité simplement par des lotions d'eau de chaux.

#### OBSERVATION XVI

(Fendick : *British medical Journal* (31 octobre 1885).

Enfant nouveau-né dont le père a une blennorrhagie

et la mère un écoulement vaginal; trois jours après sa naissance, l'enfant est atteint d'une ophthalmie purulente qui fut traitée par les astringents. Dans le cours de la troisième semaine, le genou gauche se tuméfie. L'articulation est pleine de liquide, demi-fléchie, légèrement chaude au toucher, avec douleur dans les mouvements. Le traitement, purement local, consista en fomentations chaudes. Le genou s'améliora rapidement, et l'enfant commença vite à se servir du membre avec facilité.

#### OBSERVATION XVII

(Widmark: *Archiv. für Kinderheilk*, VII, p. 1, 1885).

Nouveau-né. Au seizième jour de sa naissance il présenta une conjonctivite purulente rebelle qui dura deux mois; seize jours après le début de cette conjonctivite, le genou et le cou de pied droit devinrent douloureux et tuméfiés. La complication articulaire dura quinze jours et se termina par la guérison.

OBSERVATION XVIII

(Observation 2 de Darier : *Arch. d'Ophthalm.* 1885).

Un enfant de 4 ans est pris brusquement d'une ophthalmie purulente très violente avec chémosis énormes et ulcération de la cornée au deuxième jour ; vers la fin de la troisième semaine, la mère s'était aperçue que l'enfant souffrait de la main droite. Les articulations métacarpo-phalangiennes et surtout celle de l'index étaient rouges, tuméfiées et très douloureuses, soit à la pression, soit pendant les mouvements volontaires.

En huit jours de frictions à la lanoline hydrargyrique sur les articulations malades, avec enveloppement ouaté, la poussée inflammatoire a beaucoup diminué.

Vingt jours après le début, les mouvements de l'articulation sont libres et se font sans douleurs. La température n'a pas été prise ; mais la mère dit que l'enfant avait de la fièvre nuit et jour.

OBSERVATION XIX

(Observation 2 de Darier, *ibidem*).

Enfant de deux ans. Ophthalmie purulente d'intensité

moyenne, sans complication du côté de la cornée. Le pus, examiné au microscope, contient de nombreux gonocoques.

Vers la troisième ou quatrième semaine, au moment d'une recrudescence assez forte de la conjonctive, la mère s'aperçut que son enfant ne voulait pas poser son pied droit par terre et pleurait jour et nuit. L'articulation tibio-tarsienne était rouge, tuméfiée, très douloureuse.

Trois ou quatre jours après, la main droite était prise également. L'enfant avait de la fièvre toute la nuit. Deux jours de suite, la température rectale avait été, à trois heures de l'après-midi, de  $38^{\circ}5$ ; la température de la main malade, de  $39^{\circ}$ . Comme c'est souvent le cas pour la blennorrhagie, la poussée articulaire avait diminué considérablement l'écoulement purulent des paupières.

En trois semaines, les articulations sont bien guéries. L'enfant joue et reprend des couleurs. La conjonctivite, redevenue plus intense après la guérison des arthrites, est guérie par quelques cautérisations bi-quotidiennes.

## OBSERVATION XX.

(Observation I de Deutschmann : *Archives für Ophthalmologie* 1890).

Au commencement de l'année dernière, 1889, on m'a présenté un garçon âgé de trois semaines, qui était atteint d'une conjonctivite des nouveau-nés, qui, au cours de cette conjonctivite, fut pris de rougeur et de gonflement du genou gauche. Il n'y avait pas de skératite, et l'état général de l'enfant était assez satisfaisant. L'examen microscopique du liquide de la conjonctivite y décela une grande quantité de gonocoques. Le liquide retiré de l'articulation malade était purulent, et présentait, sous le microscope des cellules, du pus et des cellules endothéliales et de la fibrine; de plus, il y avait une certaine quantité de gonocoques typiques. Ces gonocoques ne se distinguaient en rien de ceux qu'on observe dans l'ophtalmie purulente; l'analogie était évidente. Leurs dimensions, leur forme et leur arrangement étaient absolument identiques. Traités par l'iode, ils se décoloraient.

Leur culture dans la gélatine de pepto-viande sont restées stériles.

On ne trouva aucun autre micro-organisme.

#### OBSERVATION XXII

(Lindermann. *Beitrage für Augenheilk*, n° V, 1892.)

Enfant nouveau-né, ophthalmie purulente blennorrhagique. La guérison de l'ophthalmie est obtenue au bout de trois semaines. Immédiatement après la guérison survient de la douleur et du gonflement du genou gauche avec douleur de la peau. On fait une ponction, et on retire du pus. A l'examen microscopique, l'auteur constata la présence dans ce pus de gonocoques de Neisser. Mais l'ensemencement sur des plaques enduites d'agar-agar (d'après Wertheim) ne donna pas de résultats absolument incontestables.

#### OBSERVATION XXIII

(Morax, *Progrès médical*, 22 octobre.)

Marguerite L..., âgée de sept ans, vient le 13 juillet

1892, à la clinique du docteur Parinaud, pour une ophthalmie purulente intense de l'œil gauche avec lésions de la cornée. Elle raconte que le 11 juillet 1892, en revenant de l'école à midi, elle s'amusait avec une fillette de quatre ans. Celle-ci, dans un geste un peu brusque atteignit de l'extrémité du doigt l'œil gauche de notre malade. Au premier instant, il n'y eût qu'un peu de douleur, mais dans l'après-midi la conjonctive s'injecte, et l'œil devint douloureux et larmoyant.

Trois jours après, elle vient à la clinique.

On constate une ophthalmie purulente caractérisée. L'examen bactériologique montre la présence de cocci ayant tous les caractères du gonocoque de Neisser. Il n'y a pas de vulvo-vaginite, mais la fillette de quatre ans qui a donné le coup est, atteinte depuis trois semaines d'un écoulement vulvo-vaginal abondant tachant son linge en vert.

Le 22. Amélioration très remarquée du côté de la cornée et des conjonctives, mais l'enfant est très abattue. Phénomènes douloureux dans les grandes articulations, mais surtout dans le genou gauche. Léger mouvement fébrile.

Le 23. La douleur s'est localisée uniquement dans le genou gauche, rendant la marche et la station impossibles. Le genou est immobilisé, tuméfié. Hydartrose

assez marquée, La sécrétion purulente de la conjonctive est très faible, l'état est satisfait.

Repos absolu, enveloppement ouaté.

1<sup>er</sup> août. L'hydarthrose a disparu complètement. L'enfant est venu à pied à la clinique. L'œil droit est guéri. A gauche, il y a encore une taie cornéenne.

#### OBSERVATION XXIV

(Escherich, *Jarbuch für Kinderheilk.* 1893, octobre).

Enfant nouveau-né, mal développé, sexe masculin. Depuis le troisième jour de sa naissance, il est atteint d'une ophthalmie blennorrhagique droite, dans le cours de la troisième semaine, le genou gauche se tuméfie; huit jours après, le professeur Escherich voit l'enfant.

Le gonflement est notable; il y a eu un léger écartement des extrémités osseuses articulaires. Le genou est dans l'attitude de la flexion. Pas de crépitation ni de sensibilité à la pression. L'œil droit donne encore du pus. Température normale. Immobilisation sur une attelle.

Après une semaine, on l'enlève l'attelle, l'exsudation articulaire semblant s'être complètement résorbée.

La semaine suivante, l'extrémité du fémur se gonfle.

On fait une application de teinture d'iode. Au bout de quinze jours, la malade fut guérie de son arthrite et de son ophthalmie.

#### OBSERVATION XXV

(Observation de Darier)

Un enfant de quatre ans est pris brusquement d'une ophthalmie purulente très violente avec chimosis énorme et ulcération de la cornée au deuxième jour. Grâce aux cautérisations de nitrate d'argent à 2 pour 100 répétées toutes les douze heures et aux scarifications profondes du chimosis conjonctival, l'enfant guérit en quatre semaines, avec un léger leucome cornéen sans perforation. Mais vers la fin de la troisième, la mère s'était aperçue que l'enfant souffrait de sa main droite. Les articulations métacarpo-phalangiennes et surtout celle de l'index étaient rouges, tuméfiées et très douloureux, soit à la pression, soit pendant les mouvements volontaires.

En huit jours de frictions à la lanoline hydrargirique sur les articulations malades, avec enveloppement ouaté, la poussée inflammatoire a beaucoup diminué.

Vingt jours après le début, les mouvements de l'arti-

culatation sont libres et se font sans douleurs. La température n'a pas été prise, mais la mère dit que l'enfant avait de la fièvre nuit et jour.

#### OBSERVATIONS XXVI, XXVII ET XXVIII

Nous aurions voulu ajouter aux observations relatées plus haut, les trois cas signalés par Moncorvo, dans la « *Médecine infantile* 1894 (juillet) et par Sobolka dans le *Progrès Médical*. Wocli, 1893 ; mais ces journaux n'existent ni à la bibliothèque de la Faculté, ni à la bibliothèque nationale. Force nous est donc, à leur sujet, de citer une courte note de de Vignandon :

« Le dernier cas était consécutif à une conjonctivite  
« blennorrhagique ; il présenta des abcès sous-cutanés  
« multiples, dont le pus contenait des streptocoques et  
« des cocci intra-cellulaires ayant les propriétés tinctoriales du gonocoque. Dans un des cas de Moncorvo,  
« on aurait reconnu la présence du gonocoque dans le  
« sang obtenu par piqûre du doigt, mais ce résultat  
« n'entraîne pas la conviction, car le même auteur  
« parle de cultures de gonocoques sur gélose, ce qui  
« implique ordinairement une erreur. »

## CONCLUSIONS

1° L'arthrite blennorrhagique, ou pour mieux dire, les arthropathies blennorrhagiques existent chez l'enfant ; 28 observations publiées jusqu'à ce jour, le démontrent surabondamment.

2° Cette arthrite n'est pas fréquente ; mais pourtant elle n'est pas, non plus, absolument exceptionnelle.

3° Ses trois causes sont : la vulvo-vaginite chez les petites filles, l'urétrite (1 cas personnel) chez les petits garçons, et la conjonctivite purulente dans les deux sexes.

4° Les formes cliniques les plus fréquentes sont les formes arthralgique, mono-articulaire aiguë, polyarticulaire aiguë ou subaiguë et la forme suppurée. L'hydarthrose proprement dite, n'a pas été signalée.

5° Toutes ces arthrites se terminent par la gué-

raison, et même par la *restitutio ad integrum* en un temps relativement court. L'ankylose n'a pas été observée jusqu'à ce jour, l'atrophie disparaît assez vite.

6° Chez l'enfant, la forme suppurée paraît seule justiciable de l'arthrotomie.

---

Vu par le Président de la Thèse,

STRAUS

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉCLÈRE. — Le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. (Revue générale de clinique et de thérapeutique, n° 10, 1892.)
- CLÉMENT LUCAS. — The British Medical-Journal, 19 juillet 1885 et 31 octobre 1885.
- WIDMARCK. — Archiv. für Kinderheilh. VII, p. 1., 1885.
- PHILPOT. — Gonorrheal rheumatism (The Lancet, 6 octobre 1885).
- R. POTT. — Die Specifische Vulvo-vaginitis in Kindesalter und ihre Behandlung (Jahrbuch für Kinderheilk, XIX, page 71, 1892.
- SUCHARD. — De la contagion de la vulvo-vaginite des petites filles. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1888, p. 265.)
- OLLIVIER. — Bulletins de l'Académie de Méde-

cine, 23 octobre 1888, et Médecine Moderne, 4 juin 1891.

JACOBI. — Archives of Pediatrics, 3 juin 1889.

JACQUET. — Recherches de clinique et de bactériologie sur le rhumatisme blennorrhagique (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 9 juin 1892).

KOPLIK. — Arthritis complicating vulvo-vaginal inflammation in children (New-York medical journal, 21 juin 1890, p. 678).

LINDERMAN. — Arthritis blennorrhœica : Beitrag zur Augenheilk, n° V, 1892, p. 31.

COMBY. — (Société Médicale des hôpitaux, 17 juillet 1891). Arthrite blennorrhagique chez l'enfant.

DARIER. — Arthrite blennorrhagique compliquant la conjonctivité purulente, (Archives d'ophtalmologie, 1889, p. 175).

SPAETH. — Munchen medical Wochenschrift. 1891, n° 22.

DEUTSCHMANN. — Arthritis blennorrhœica. Alb. V, Groefès. Arch. für Ophthalmologie, 1889, p. 275.

EPSTEIN. — Archives für Dermatologie und Syphilis, p. 394, 1889.

FOURNIER. — Article: Blennorrhagie (Dictionnaire de Jaccoud).

MARFAN. — (Gazette des Hôpitaux, 1888.) Revue générale: Le rhumatisme blennorrhagique.

THIBIERGE. — La blennorrhagie. (Article in Nouveau traité de Médecine.)

LINDERMAN. — Arthritis blennorrhœica. Beitrag zur Augenheilk, n° V, 1892, p. 31.

MORAX. — (Progrès Médical, 22 octobre 1892.) Arthrite blennorrhagique.

LOP. — (Gazette des Hôpitaux, avril 1892, page 387.) Arthrite blennorrhagique chez l'enfant.

VIBERT ET BORDAS. — Gazette des Hôpitaux, 1891, 3 juillet. Arthropathie blennorrhagique chez l'enfant.

RICHARDIÈRE. — Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux, 20 octobre 1893.

VIGNAUDON. — Thèse de Paris, 1893, et Revue mensuelle des maladies de l'enfance, mai 1895: Le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant.

GUINON, — Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance page 23, 1893.







